

12 患者

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------|---|--|---------|
| 1 | ncp 20060531-007 | 社保+老人1割+特定負有+長期の保険組み合わせが日レセでは作成されないという問い合わせが医療機関よりありました。 愛知県、千葉県の支払い基金へ問い合わせたところ、上記のような保険組み合わせは存在すると言われました。 5月分の請求に関わりますので、早急にご検討いただき対応宜しくお願いします。 | 特定疾患 + 長期の保険組合せが作成出来なかつたので作成出来るように修正しました。 併せて、上記保険組合せ時の入院負担金計算ですが、特定疾患の月上限金額設定が10000円を超える場合(食事負担も含む金額)、特定疾患の医療費部分の患者負担が10000円上限となるよう対応しました。 | H18.6.6 |

12 患者

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----------------------|---|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|---|----------|
| 2 | ncp 20060803-010 | <p>27老人の有効期間の開始日と終了日を医療証に記載してあるとおりに入力しています。</p> <p>例1)主保険:社保</p> <table> <tr> <td>公費1段目 27老人2割</td> <td>平成17年8月1日～平成18年7月31日</td> </tr> <tr> <td>公費2段目 27老人1割</td> <td>平成16年8月1日～平成17年7月31日</td> </tr> <tr> <td>公費3段目 27老人2割</td> <td>平成15年8月1日～平成16年7月31日</td> </tr> </table> <p>例2)主保険:国保</p> <table> <tr> <td>公費1段目 27老人2割</td> <td>平成17年8月1日～平成18年7月31日</td> </tr> <tr> <td>公費2段目 27老人1割</td> <td>平成16年8月1日～平成17年7月31日</td> </tr> <tr> <td>公費3段目 27老人2割</td> <td>平成15年8月1日～平成16年7月31日</td> </tr> </table> <p>上記の状態で、平成18年8月1日に新しい27老人の医療証を持ってこられたとします。既に公費の入力欄が3段とも埋まっている為、公費追加ボタンを押します。このとき、例1)の場合は公費の入力欄が一段空いて、公費の追加が可能となります。例2)の場合には「老人割合が入力されていません。公費を作成して下さい。」というエラー情報が表示されてしまい、公費の追加が行えません。</p> <p>質問1 主保険の種類が異なる事によりなぜ動作に違いがあるのでしょうか?</p> <p>質問2 老人割合が入力されていません。公費を作成して下さい。」というエラー情報が表示された後、 「閉じる」としても公費追加ができないのはどうしてでしょうか?</p> <p>有効期間が終了していても、確認表示後に公費追加ができるようにして下さい。</p> <p>27老人は1年毎に医療証発行と所得に応じた割合変更がありますので、この医院様では開始日と終了日を医療証の記載の通りに入力されています。新しい医療証を持ってこられるのは8/1以降になりますので、当然のことながら、前の医療証の期限は切れていることになります。上記のことからも、有効期間終了後に追加が必要である事がご理解頂けるのではと思います。環境設定で日付を変更して入力する、または、27老人の期限を一時的に延ばして入力する、等の方法は医療証の終了日を入力されている医療機関様にとってはデメリットでしかありません。</p> | 公費1段目 27老人2割 | 平成17年8月1日～平成18年7月31日 | 公費2段目 27老人1割 | 平成16年8月1日～平成17年7月31日 | 公費3段目 27老人2割 | 平成15年8月1日～平成16年7月31日 | 公費1段目 27老人2割 | 平成17年8月1日～平成18年7月31日 | 公費2段目 27老人1割 | 平成16年8月1日～平成17年7月31日 | 公費3段目 27老人2割 | 平成15年8月1日～平成16年7月31日 | <p>公費の追加で、前期高齢者以上の年齢で前期高齢者の補助区分に設定がなく老人公費の有効期限外の保険が存在した場合、老人割合が入力されません。公費を作成して下さい。」が表示され、公費追加ができませんでしたので公費追加時にはこのチェックを行なわないように修正しました。</p> | H18.8.25 |
| 公費1段目 27老人2割 | 平成17年8月1日～平成18年7月31日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費2段目 27老人1割 | 平成16年8月1日～平成17年7月31日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費3段目 27老人2割 | 平成15年8月1日～平成16年7月31日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費1段目 27老人2割 | 平成17年8月1日～平成18年7月31日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費2段目 27老人1割 | 平成16年8月1日～平成17年7月31日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費3段目 27老人2割 | 平成15年8月1日～平成16年7月31日 | | | | | | | | | | | | | | | |

13 照会

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|----------------------------|--|--|----------|
| 1 | お電話でのお問い合わせ 8月11日 - 照会 | <p>患者番号構成を自由構成の英数に設定し照会画面で患者番号にて検索を行うと先頭の文字を大文字の英字とした場合は検索されるが、先頭の文字を小文字の英字とした場合に検索されないお問い合わせがありました。</p> <p>こちらの検証でa-001、a-002と小文字の英字を先頭に登録し照会で患者番号を開始をa-001～終了なしで検索した場合には検索されませんでした。</p> <p>先方では終了を入力しても表示されないとのことでしたがこちらでは終了を入力した場合には表示されました。</p> <p>先頭英字の場合に患者番号で検索した場合にはどのような条件で表示されるのでしょうか。</p> | <p>患者番号が自由構成の際に、患者番号の先頭が英字小文字で始まると患者番号を指定しての検索が正しく行えませんでしたので修正しました。</p> | H18.8.25 |
| 2 | お電話でのお問い合わせ 10/3 照会 リスト 住所 | <p>V2.9.0において、13照会よりリストを発行された場合、文字が途中で欠けてしまいと/oお問い合わせがありました。</p> <p>こちらでご確認しましたところ、文字が一定以上になった場合、二段目に改行されました。</p> | <p>照会結果一覧リストの住所欄を2段編集する条件に誤りがありましたので修正しました。</p> <p>26文字以上の住所を2段編集しなければならないところ、34文字以上で判断していました。</p> | H18.10.4 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------------|---|--|----------|
| 1 | support 20060529-010 | 労災と社保で受診中の患者様が、新しい診療科で、別疾患で受診されました。労災で再診料を算定し、社保で再診料を他法にて算定済みで再診料は算定せず、新しく受診された科で同日初診を算定されようしたら、チェックが掛かり算定出来なくなっています。広島県の支払基金に確認したら、他法にて再診料を算定した場合も同日初診を算定して構わないとの回答でした。労災の手引きもまだ発行されていないと思いますが、全国的な見解を調査して頂き、必要であれば修正をお願い出来ませんでしょうか？ | 同日初診の算定チェックで、最初に登録した診療科と今回算定した診療科が同じで、「他保険により算定済み」とし診察料がないとき、他科で同日初診を算定するとエラーとしていましたので算定できるようにしました。 | H18.5.31 |
| 2 | ncp 20060509-013 | 2科入力する医院様からのお問い合わせですが、内科が初診で皮膚科は再診の患者様で内科で同日初診を算定すると皮膚科で皮膚科特定疾患指導管理料が算定できなくなります。支払基金様に問い合わせをしたところ同日初診であっても皮膚科特定疾患指導管理料は算定してよいとの事です。 | 初診料算定日から1月以内は算定できない指導料について 同日初診との併算定チェックを見直しました。 小児科療養指導料 てんかん指導料 難病外来指導管理料 皮膚科特定疾患指導管理料 チェックマスタ更新データを提供していますのでマスタ更新を行ってください。 | H18.5.31 |
| 3 | お電話でのお問い合わせ 6月2日 - 労災自賠責電子化加算 | 労災、自賠責の初診料算定時電子化加算が自動発生されませんがこちらは手入力にて対応していただく仕様でしょうか。ご教授ください。 | 労災・自賠責で電子化加算の自動発生をしないようにしていったが、健保と同様に初診料を自動発生する時に施設基準の届出があれば電子化加算を自動発生するようにしました。 | H18.6.6 |
| 4 | ncp 20060606-007 | 慢性疼痛疾患管理料の算定日コメントですが初回算定月のみ記載となっていますが、2月目でも診療行為入力画面からのレビューを確認しますと算定日コメントが表示されています。明細書作成画面からのレビュー及びレセプト自体には算定日コメントは表示されません。 | レビュー用テンポラリ算定履歴テーブルへの書き込みに一部不具合があり記載されていましたので修正しました。 | H18.6.19 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------------------------|---|---|----------|
| 5 | お電話でのお問い合わせ 6月6日 - リアルタイムプレビュー | リハビリテーションを同月複数日行い、コメント入力を2行以上入力しますと診療行為からのプレビュー画面に1行目のコメントのみしか表示されません。リハビリテーションの入力が1日のみの場合はコメントを2行以上入力しても正しく表示されます。会計照会からのプレビュー、明細書のプレビューでも正しく表示されておりますが、画面コピーを添付しますのでご確認いただけますでしょうか。 | プレビュー用テンポラリ患者コメントテープルへの書き込みに一部不具合があり記載されませんでしたので修正しました。 | H18.6.19 |
| 6 | ncp 20060607-013 | 地域連携退院時共同指導料1の入力方法についてお伺いいたします。現在、他医療機関に入院中の患者様が退院後に診療所のほうで在宅療養の指導などの責任を担う場合、診療所のほうでの地域連携共同指導料算定になるのですが、初診料を算定しなければ入力できないようです。初再診料などは包括になっていると思うのですが、この場合どのようにして入力したらよいのでしょうか？ | 新規患者で地域連携退院時共同指導料1を算定する場合、初診算定日として算定履歴を作成しておく必要があります(自動発生した初診料のコードの後に算定日を入力)。この時に当日を初診算定日とした場合、訂正で展開するとエラーとしていたのでエラーとしないように修正しました。 | H18.6.19 |
| 7 | | 通院精神療法の20歳未満の加算の自動発生について、対象とする初診算定日に同日初診も含めていたので同日初診の算定日は判定しないようにしました。通院精神療法の初回が同日初診を算定した日であり初診料算定日から6ヶ月以降であれば、20歳未満の加算を自動発生しませんので手入力をお願いします。ただし、加算は初診料算定日から6ヶ月以内であるかのチェックをしています。エラーを警告に変更しました(エラーメッセージは変更していませんので、警告！の表示はありません)。 | | H18.6.19 |
| 8 | ncp 20060630-013 | 造影剤使用撮影でレセ電試験エラーが返ってきましたので内容をお送り致します。 SI,,1,170022930,4,, SI,,1,170002110,4,460,1 がNGで460->514とありました。 | レセプト電算のために、同時併施の撮影を剤を分けて入力算定した場合、同時併施の診断料のきざみ値の点数を1/2で計算していましたので正しい点数を算定するように修正しました。 対象となる診断料 170022930 造影剤使用撮影の写真診断(他方と同時併施) 170022730 単純撮影(イ)の写真診断(他方と同時併施) 170022830 単純撮影(ロ)の写真診断(他方と同時併施) | H18.7.7 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------------------|--|--|----------|
| 9 | support 20060701-002 | レセプトについてですが、診療行為画面からプレビューを作成すると何名かの患者様が作成されない現象が御座いました。作成されない患者様は次頁まで診療行為が入力されていて、810000001でコメントをつけている方でした。810000001のコメントを消すとプレビューが作成される様になる場合もありました。何か原因はあるのでしょうか? コメントを多くつける医院様なのでフリーコメントが使えないと思ふ様です。また、明細書の画面から個別作成を行うと作成される場合と作成されない場合がありました。弊社で検証した所同じ現象が出ました。 | 一剤に複数のコメントが入力された場合に診療行為からのプレビューが表示されない不具合がありましたので修正しました。 | H18.7.7 |
| 10 | お電話でのお 問合せ 7/11 福岡乳児 請求 確認 | 下記のような操作手順を行った時に、請求確認の今回診療分請求額の金額が異なるのではないかとのお問合せがありました。 (福岡県乳幼児医療の場合) 1.初診料を入力 2.初診ではなかったため、算定履歴より初診算定日を登録し、診療訂正で初診をクリアして再診料を手入力します。 3.請求確認画面を見ると、再診料は患者負担が発生しないのですが、一部負担金に430円が発生していて、今回診療分請求額より差引かれた額が表示されます。 | 福岡県の乳幼児医療の負担金計算で、初診料を算定した受診履歴を訂正により再診料に変更した場合、負担金計算では訂正前の内容となっていましたので修正しました。 | H18.7.25 |
| 11 | ncp 20060719-002 | .700 170001650 他医間接撮影の写真診断(単純撮影イ) と入力すると 42×1 と算定されますが、支払基金より43点になるのではないか?と指摘を受けました。点数マスタでは、42.5点となっているので、四捨五入すると43点となるのが正しいのではないでしょうか? | 点数マスタの点数に小数点以下の有効数字がある場合(画像診断の他医間接撮影の写真診断等)点数の小数点以下の四捨五入をしていませんでしたので修正しました。 | H18.7.25 |
| 12 | ncp 20060726-008 | 処置や検査等の入力コードを8000番代にすると 小児科外来診療料のチェックにからなくなってしまう。 | 小児科外来診療料を算定している時の算定チェックで、入力コードが'8'で始まるコードを入力した場合、エラーチェックをしていませんでしたので修正しました。 | H18.8.1 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------------------|---|---|----------|
| 13 | | 入院分入力で中途終了データ展開後、クリアボタンで診療内容を消去し中途終了データを削除した場合、削除がされていませんでしたので修正しました。 | | H18.8.1 |
| 14 | お電話でのお問い合わせ 8月3日 - 処方せん料 | 3月以前の診療行為入力で先発品のみの処方の場合に後発品を含む処方せん料を算定してくるというお問い合わせがありました。 後発医薬品欄が2となっている薬剤ですが4月以降の分はプログラム更新で改善されたが3月以前の分は改善されないとのことです。 ご確認いただけますでしょうか。 暫定処置として処方せん料は手入力していただくようにはお話ししております。 | 後発医薬品の判定について4月1日以降で動作するようしていただきましたので3月以前でも同様の判定をするように修正しました。 | H18.8.25 |
| 15 | kk 04931 | 茨城県の医療福祉費制度改正に伴う診療報酬請求書及び診療報酬請求総括表の記載方法の変更について資料をFAXさせて頂きます。 | 7月より茨城県公費の請求方法がレセプト請求へ変更になりました。 社保請求書において公費再掲欄へ地方公費の法別番号毎での印字が必要となりました。 既存の保険番号マスターをさらに細分化することにしました。 負担金計算において行っている茨城県の乳幼児、母父子家庭、重心の特殊処理について、追加された保険番号も同様の処理を行うよう対応しました。 (月中での受給者証の変更の対応)(外来のみ) 143(日母・父子家庭) 145(日乳児) 181(乳児) 182(幼児3歳未満) 189(幼児3歳以上) 188(母子家庭) 187(父子家庭) (食事の1/2を自己負担とする対応)(入院のみ) 146(日重心) 183(重度心身障害者) 185(高齢障害) | H18.8.25 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------|---|---|----------|
| 16 | kk 04942 | <p>福岡県では3歳未満、およびH14年4月1日以降出生の児について、乳幼児医療で対応しています。4月の保険改定で2科目の初診料が同日受診に限り算定可能となりました。2科とも初診の場合は問題ないのですが、1科が前月から継続の再来で2科目の初診料(135点)がその月で最初の初診料となった場合、福岡県では初回の初診料の一部が自己負担になるという規則からその2割ないし3割は患者様の自己負担として徴収しなければならないということです。従って、国保請求分レセプトには自己負担分を給付外点数として上げる必要があります。また、月初めの初診料を135点で算定した場合、その後同月に初診料が発生しても自己負担にはならないことになります。</p> <p>現在のORCAでは2科目初診料の135点の自己負担分を徴収できる設定になっておらず、また徴収した場合以後同月の初診料の自己負担が発生しないよう設定していただく必要があります。</p> <p>早急な対応をお願いいたします。</p> | <p>福岡県公費をもつ患者が初診(同日複数診療科)を算定した場合に、給付外点数として計上されませんでしたので修正しました。</p> | H18.8.25 |
| 17 | kk 05227 | 山梨県の41老人の低所得の場合入院上限額が、¥24,600-との事ですが、マスタの保険者番号設定の低所得に設定しても窓口負担に反映しません。 | <p>山梨県地方公費の対応について</p> <p>保険番号141について、低所得・低年金タブの設定を有効にすることにしました。</p> <p>保険番号マスタの設定を確認してください。</p> | H18.9.22 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------|---|--|----------|
| 18 | kk 03887 | 今年の10月からの制度変更の資料です。 | <p>岡山県地方公費 10月改正の対応について</p> <p><外来></p> <p>ア)保険番号 141、285、485、180、186について 患者登録の低所得 1・2の設定に応じて、保険番号マスターの低所得・低年金のタブの設定を参照し、負担計算します。</p> <p><入院></p> <p>ア)保険番号 141、285、485、180、186について 患者登録の低所得 1・2の設定に応じて、保険番号マスターの低所得・低年金のタブの設定を参照し、負担計算します。</p> <p>イ)保険番号 241について 上限額を $80100\text{円} + (\text{総医療費} - 267000) \times 1\%$ とし、負担計算します。</p> <p>ウ)保険番号 385、280、286について 上限額を $80100\text{円} + (\text{総医療費} - 801000) \times 1\%$ とし、負担計算します。</p> <p>エ)保険番号 585について 上限額を $80100\text{円} + (\text{総医療費} - 2002500) \times 1\%$ とし、負担計算します。</p> | H18.9.22 |
| 19 | kk 04947 | 正式な通知が来ましたので内容を添付致しますのでよろしくお願い致します。 10月の制度変更時に間に合うようにお願い致します。 | <p>大分県地方公費 10月改正の対応について</p> <p>乳幼児 保険番号 183、283について 外来:日上限 500円、月上限 4日 (3歳未満は 2日) 入院:日上限 500円、月上限 14日</p> <p>入院・外来ともに乳幼児医療に係る給付対象上限額 80100円を超える場合においては、超えた額を患者負担とします。</p> | H18.9.22 |
| 20 | ncp 20060922-018 | 200床以上で外来診療料とともに外来管理加算が自動算定されています。Ver.3.0.0でもVer.3.1.0でも同様の現象がみられます。弊社のマシンでも同じ現象が確認できましたが、不具合なのではないでしょうか? | 外来診療料を算定すると外来管理加算が自動発生していましたので修正しました。 ver2.9.1からの不具合でした。 | H18.9.22 |

21 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------|--|--|----------|
| 21 | kk 05339 | 10月1日から実施される老人医療(41)で現役並み所得者(3割)の対応をお願いしたいので、愛知県から医療機関に送られた資料を添付ファイルとして送ります。お手数をおかけいたしますが、「マル老3割」の保険番号マスターを作成いただきたくお願いいたします。 | 愛知県41老人10月改正対応 <外来・入院> 保険番号141 低所得 低年金タブの設定を有効となるように修正しました。 <入院> 保険番号241 80100円+@の計算を行うよう修正しました。 | H18.9.28 |
| 22 | kk 03887 | 医療機関様より岡山の資料をいただきました。 | 岡山県地方公費10月改正対応 <入院> 保険番号385、585、280、286で80100円を超える金額となった場合、10円未満を四捨五入していたが1円未満を四捨五入するように修正しました。 (1円単位で患者請求) | H18.9.28 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|----------------------|---|----------|
| 23 | | 平成18年10月改正対応に対する追加修正 | <p>高齢者の自己負担限度額変更に伴う41老人等の改正がない場合、下記地方公費分について今までと同様の計算を行うようプログラムを修正しました。</p> <p>・北海道、千葉、京都、大阪、広島の保険番号 "241" 群馬の保険番号 "255"</p> <p>地方公費分について(平成18年10月以降)</p> <p>高齢者の自己負担限度額変更に伴う41老人等の改正がある場合(保険番号マスタの入院・月上限額が80100円で設定されている場合)</p> <p><計算式> 保険番号マスタの入院・月上限額 + (総医療費 267000) × 1%) で負担金計算を行います。</p> <p>高齢者の自己負担限度額変更に伴う41老人等の改正がない場合(保険番号マスタの入院・月上限額が72300円で設定されている場合)</p> <p><計算式> 保険番号マスタの入院・月上限額 + (総医療費 361500) × 1%) で負担金計算を行います。</p> | H18.9.28 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------|---|--|----------|
| 24 | kk 05514 | <p>マル都医療県券の助成内容ですが、医療機関等につき1万円を限度とする(入院・外来別)と証に記載されております。</p> <p>現在提供されているマスタの設定では、窓口で初回から負担が発生してしまうのですが、どのように対応したらよいでしょうか?</p> <p>2日(月)から10月の窓口が始まります。</p> | <p>東京都地方公費マル都 10月改正対応</p> <p>保険番号 182について(外来・入院) (患者負担相当額を10000円助成する。10000円を超える部分については自己負担となる。)</p> <p>1.長期 972併用の場合は患者負担無し 2.長期 974併用の場合は10000円超~20000円の金額(上限10000円)を患者負担とする 3.長期をもたない場合は、上位の保険又は公費の患者負担相当額の10000円を超える部分を患者負担とする</p> | H18.10.3 |
| 25 | kk 05496 | <p>神奈川県川崎41老人の資料をFAXにていただきました。</p> <p>確認しましたところ、1割の場合の低所得、低年金タブの有効と1割と3割の場合の負担金の上限額の計算が必要のようです。</p> | <p>神奈川県 41老人 10月改正対応</p> <p>(外来) 保険番号 141について 総医療費が801000円を超える場合、80100 + (総医療費 - 267000) × 1% 計算を行い、1割で計算した額と比較し、小さい額を患者負担とします 保険番号 142、143について 80100円 + (総医療費 - 267000) × 1% の計算を行います</p> <p>(入院) 保険番号 141について 低所得 低年金タブの設定を有効にしました 保険番号 142について 80100円 + (総医療費 - 267000) × 1% の計算を行います</p> | H18.10.4 |

2.1 診療行為

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------|---|---|-----------|
| 26 | kk 05621 | 和歌山県の41老人の低所得タブを有効として欲しいとお問い合わせを いただきまして、資料をいただきました。 | 和歌山県41老人10月改正対応 (入院) 保険番号141について、低所得・低年金タブの設定を有効 にするようにしました。 | H18.10.12 |

2.2 病名

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|--|--|----------|
| 1 | ncp 20060706-007 | 病名登録についてですが、入力コード「kouke」病名「高血圧(症)」を入力コードで入力すると推奨病名が表示されますが、そこでOKを選択し「8833421」高血圧症を選択しますと疾患区分欄に自動で「05特定疾患療養管理料」が表示されません。これは何か理由があってこの様な仕様になっているのでしょうか? | 移行先病名に変更したとき、病名マスタに疾患区分が設定されていても表示していませんでしたので修正しました。また、移行先病名で病名画面から自院病名検索画面に遷移した場合に移行元病名で表示したり、移行先病名で自院病名検索画面から病名画面に遷移した場合に疾患区分の表示をしていなかったので併せて修正しました。 | H18.7.25 |
| 2 | support 20060718-013 | 病名画面で転帰が表示されない患者様がいるとの事です。お忙しい所恐れ入りますが調査をお願いいたします。 | 保険組合せの名称部分の18文字目から全角文字が始まる場合に、画面表示が崩れてしまう不具合がありましたので修正しました。 例)xxxx 国保-老人一割-あああああ-マル障あ-長期 | H18.7.25 |
| 3 | ncp 20060803-015 | 自院病名登録で、 入力コード ien 病名 胃炎 疾患区分 空白 で登録しました。 実際、病名登録の画面の病名コード欄に ien と入力した場合は疾患区分は空欄で表示されます。しかし、「入力CD検索」より選んで登録すると疾患区分に「05特定疾患療養管理料」が表示されてしまいます。以前はこのような現象は起きましたが、先月中旬からこのような現象が起るようになりました。なぜ起るようになったのでしょうか? 今まで通りに「入力CD」から選んでも疾患区分が表示されないように修正をお願いします。との事です。 | 自院病名検索時に移行先病名に変更したときに、移行先病名の疾患区分を記載するように修正しましたが、移行先病名がない場合にも病名マスタを参照して疾患区分を記載するようにしていました。 移行先病名に変更した場合のみ、病名マスタを参照するように修正しました。 | H18.8.25 |

24 会計照会

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|---|---|---------|
| 1 | support 20060724-004 | <p>以下の現象が発生いたしましたのでご報告いたします。こちらの現象の原因は何でしょうか?</p> <p>こちらの医療機関様では、排他制御は行っておりません。</p> <p><現象></p> <p>一部の患者にて、包括分で入力した診療行為の回数が診療行為入力画面と会計照会の画面とで異なる。</p> <p>添付ファイル hakuyo1.jpg</p> <p>会計照会画面 エポジン注シリンジ1500 6月 8日 回数 2回</p> <p>添付ファイル hakuyo2.jpg</p> <p>診療行為入力画面 6月 8日 回数 1回</p> <p><検証></p> <p>会計照会から回数を変更する。</p> <p>添付ファイル hakuyo3.jpg</p> <p>会計照会画面から回数を変更する。</p> <p>2 - > 1 2 - > 0</p> <p>添付ファイル hakuyo4.jpg</p> <p>診療行為画面該当の診療行為が削除された。診療の履歴は残っている。会計照会にて1回目のみ削除した場合、2回目のみ削除した場合どちらも同じ現象となった。回数を0回にした場合も同じ現象となった。</p> <p>診療行為画面から診療行為を削除</p> <p>添付ファイル hakuyo5.jpg</p> <p>診療行為登録画面 診療行為画面から診療行為を削除した。</p> <p>添付ファイル hakuyo6.jpg</p> <p>会計照会画面 診療行為画面には履歴も残っていない状態だが、会計照会画面には回数が1入った状態になっている。</p> | <p>外来分で、既に他の保険で受診がある日に別の保険の剤の回数を追加したことにより現象が発生していました。連番によって診療会計の回数のテーブル位置を決定しますが他に回数がなかった場合すべて1にしていた為に訂正の対象外になっていました。</p> <p>追加する受診履歴の連番にあわせた位置に回数を設定するように修正しました。</p> | H18.8.1 |

24 会計照会

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|---|---|----------|
| 2 | | 複数科入力をした受診履歴を診療日変更で別の日に追加した時、収納合計テーブルへ正しくデータの追加ができていませんでしたので修正しました。 | 複数科入力時に収納再計算プログラムでデータベースアクセスエラーが発生していましたので合わせて修正しました。(arge版のみ不具合が発生します) | H18.8.25 |

3.1 入退院登録

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------------------------------|---|--|---------|
| 1 | お電話でのお問い合わせ 6月5日 - 入退院登録請求確認 | 月をまたがって退院請求を行う場合に、請求確認一覧の合計を表示しますと自費の10項目目の欄が5項目目の金額を表示するとお問い合わせがありました。表示のみの問題で合計等は正しく計算されているようですがご確認いただけますでしょうか。 | 自費分金額の集計先に誤りがありましたので修正しました。 | H18.6.6 |
| 2 | お電話でのお問い合わせ 6月5日 - 労災入院料 | 労災の入院基本料の1.3倍、1.01倍の加算についてですが、4月以降有床診療所入院基本料1の注加算の複数医師及び看護配置適合加算、看護配置適合加算が加算の対象外となります。 4月以降も上記の加算は入院料等の加算ですが加算の対象とはならないのでしょうか。 | 労災の入院基本料1.3倍又は1.01倍の対象となる加算について平成18年4月以降で、有床診療所入院基本料1の注加算の複数医師及び看護配置適合加算、看護配置適合加算が対象外となつたので、対象となるよう修正しました。 | H18.6.6 |
| 3 | ncp 20060530-007 | 自賠責請求に関してですが、入院基本料は1.3倍での請求になっているのですが保険会社様から指摘があり、現在管理料などの加算も加わった点数の1.3倍になっており、請求の仕方が違うとのことでした。入院基本料だけが1.3倍になり、それにプラス管理料等の加算が所定点数で算定されなければいけないとのことでした。 (例) 入院基本料 療養病棟入院基本料1 1187点 × 1.3倍 (1543点) 褥瘡管理加算 1543点 + 20点 で計上してくださいとのことです。 ORCAでは 基本料1+加算 (1187点 + 20点) × 1.3倍で合計の1569点で明細書に表示されるようです。 6点差額が出ますので、システム上の変更をしていただけすると幸いです。 | 褥瘡管理加算については、平成18年4月以降も対象としていましたが、対象外となるよう修正しました。 | H18.6.6 |

3.1 入退院登録

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------------|---|--|----------|
| 4 | お電話でのお問合せ 6/12 一般 療養 選定入院料 | <p>下記療養病棟の仮計算時に老人の金額ではなく一般の金額で計算されてしまうようです。</p> <p>対象患者70歳(組合、老人2割) 17.10.1より選定入院中 選定入院料 療養病棟(一老) 1793円:1701円 5/8-5/24 一般病棟 5/25- 療養病棟</p> <p>73歳からは老人の金額を参照していますが、72歳以下は一般の金額となってしまうため、公費の種類を参照していないのでしょうかとお問合せがありました。</p> | 選定入院料を算定する際、老人公費有無の判定を診療年月の1日時点で行っていました。このため、該当患者の老人公費の情報が取得できず一般の金額を算定していましたので修正しました。 | H18.6.19 |
| 5 | | 入院処理時に選択不可としている退院事由のコンボボックスの項目が初期表示された入院日を変更することにより選択可能となってしまうので修正しました。 | | H18.6.30 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|---|---|----------|
| 1 | | <p>リハビリテーションにおける治療開始日、発症日等の記載について解釈が明確になりましたので対応しました。</p> <p>疑義解釈では、「ただし、4月診療分については4月1日と記載しても差し支えない」とありましたが、そのままの通り4月診療分のみに該当するというので5月診療分以降は、リハビリテーション治療を開始日、あるいは発症日等が3月31日以前の場合ならばその日付を記載すると解釈するものでした。</p> | <p>開始日マスタの入力について 開始日マスタとは、心大血管疾患リハビリテーションであれば、099800111 心大血管疾患リハビリテーション開始日」のことを指します。)</p> <p>治療開始日、発症日等が3月31日以前の場合は、該当する診療日に該当するリハビリテーションの開始日マスタを入力してください。なお、4月1日に入力している開始日マスタは削除しないでください。 また、4月1日の開始日が今回改定の便宜上のための入力でない場合(4月1日が手術日あるいは急性増悪の場合)は、3月31日以前に開始日を入力しないでください。</p> <p>レセプトの記載について</p> <p>(1) レセプト診療月に開始日マスタが入力されている場合は、その日付を無条件に記載します。 (2) 3月31日以前に開始日マスタが入力されている場合は、3月31日に最も近い日付の開始日を記載します。この場合、4月1日の開始日は記載しません。 (3) 3月31日以前に開始日マスタが入力されていない場合は4月1日の開始日マスタ入力により4月1日を記載します。</p> | H18.5.31 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------------|--|--|-------------------------------|
| 2 | | <p>国保から、レセ電の仕様について以下の疑々が入りましたが、各方面に聞いても要領を得ません。ご確認頂けないでしょうか。</p> <p>地方公費 41などの、入院分の食事療養費の記録方法に間違いがあるのではないか?</p> <p>「SI,97,2」で始まる部分の 2は保険と公費の併用であるから、1と記録するのではないか?</p> | <p>公費で食事を助成しないのであれば 1を記録しますということでしたので修正しました。</p> <p>また、例えば公費単独(食事助成の無い公費です)で入院された患者さんの負担区分については該当するものがないで記録しないようにしました。</p> <p>(Q) 結核予防法適性医療(法第34条)単独で入院された場合、負担区分はどのようにになりますでしょうか。</p> <p>(A) 「SI,97,2」 SI97自体を記録しない。</p> | H18.5.31 |
| 3 | お電話でのお問い合わせ - 神奈川自立支援レセ記載 | 川崎市国保 + 自立支援(精神通院)の場合はレセプトの一部負担金欄は10円単位の必要がある | <p>神奈川県川崎市または相模原市における国保 + 21精神通院のレセプト記載で、21精神通院の一部負担金記載を1円単位ではなく10円未満を四捨五入して記載するようにしました。</p> <p>川崎市は保険者番号が「145」若しくは「67145」で始まる番号、相模原市は保険者番号が「140103」若しくは「67140103」で始まる番号を対象としています。</p> <p>最新の記載要領に照らして修正を行いました。5月31日提供プログラムにより4月27日提供プログラム(2.9.0対象)での対応内容を削除し元に戻しました。</p> | (H18.4.27) H18.5.31 |
| 4 | ncp 20060602-012 | 福島県いわき市の医療機関様から至急問い合わせです。 国保でいわき市の乳幼児医療はレセプト請求ですが、レセプトは「単独・10割」となります。国保の場合、国保補助区分を「無し」に設定して「10割」としているため問題ありませんが、退職者国保の場合負担割合が出ないためやむなく手書き修正を行っていました。しかし今月よりレセ電請求を始めたので修正する手立てがありません。特記事項編集情報を使用してみましたが、公費の設定で「国保・社保共に印刷しない」の設定だと使用出来ません。どのように設定すれば良いのでしょうか。 | 国保でいわき市の乳幼児医療はレセプト請求「単独・10割」となります。この対応のため乳幼児医療の保険番号マスター設定をレセプト印刷不可として単独レセプトとしますが、レセプト印刷しない地方公費についてはシステム管理「2006 レセプト特記事項編集情報」で「給付割合」の設定を行っても未編集としていましたので、紙レセプト、レセ電データとも編集するよう変更を行いました。 | H18.6.6 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------------|---|--|----------|
| 5 | 更生・長期一部負担金 | <p>主保険+27+15+長期の保険組合せがある場合で、月内に入院、外来がある場合の一部負担金の記載につきましてお問合せがありました。</p> <p>(例)更生上限額20000円 入院 5/1-5/13 入院中の点数30000点 外来 5/13-999999</p> <p>上記の場合、長期をもっているため、入院 外来それぞれで一部負担金欄に10000円の記載が必要とのことです。</p> <p>現状、日レセでは入院分のみ10000円が記載されますが、外来分では記載されません。</p> | <p>自立支援医療 + 長期を含む保険組合せ、かつ、自立支援医療の入外上限額が10000円を超える場合(中間所得層で上限が医療保険の自己負担限度額の場合は除く)かつ、月に入院・外来両方ある場合の負担金計算及び自立支援医療のレセプト一部負担金記載の修正をしました。</p> <p>(例)保険組合せ 政府管掌+27+更生+長期 更生の入外上限額 20000円 入院 5/1-5/13 入院中の点数30000点 外来 5/13以降 外来の点数30000点</p> <p>入院 患者負担 10000円 + 食事 更生のレセプト一部負担金 10000円</p> <p>外来 患者負担 0円 10000円 更生のレセプト一部負担金 0円 10000円</p> <p>収納業務で一括再計算後、レセプトの再処理を行って下さい。</p> | H18.6.19 |
| 6 | kk 04476 | <p>神戸市用の「100」と「200」の自立支援についての保険番号マスターですが、「100」については正常に処理ができているのですが、「200」の一部負担金免除の方のレセプトを発行したところ、添付レセプトの様に印字されました。</p> <p>該当患者の患者登録画面、所得者情報画面、レセプトを添付しておりますので現象の方をご確認いただけますでしょうか。</p> | <p>高齢者、かつ、自立支援医療 + 神戸市用(200)を含む保険組合せの場合、自立支援医療のレセプト一部負担金が0円と記載されなかったので修正しました。</p> <p>収納業務で一括再計算後、レセプトの再処理を行って下さい。</p> | H18.6.19 |
| 7 | | 自賠責レセプトの摘要欄診療区分記載(入院・外来)について | 診療行為で手術(診療区分50)の入力を行い、その同一剤に「労災(加算なし)"099509901"」の入力があった場合、自賠責レセプトの摘要欄診療区分が「40」で記載されていたので修正しました。 | H18.6.19 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|---|--|----------|
| 8 | ncp 20060606-013 | <p>診療行為入力画面にて .600 検査 160177770 1 外来迅速検体検査加算 .600 検査 160037510 PSA精密 810000001 (コメント)検査値 ng/ml 810000001 (コメント)初回実施日 年 月 日 このように入力しますとレセプトで外来迅速検体検査加算の実施日が摘要欄に 腫瘍マーカー(1項目) PSA精密 (日) 検査値 ng/ml 初回実施日 年 月 日(日)</p> <p>上記のようになりますが、この「初回実施日」のコメントの後ろに「(日)」と入るのはなぜでしょうか？すでにPSA精密の下に「(日)」と印字されていますので必要ないよう思います。</p> | 外来迅速検体検査加算に対する算定日を記載する場合にコメントに対しても算定日を記載していたので修正しました。 | H18.6.19 |
| 9 | support 20060614-004 | <p>レセ電において、不具合と思える点がありましたので、診療入力の画面コピーとレセプトの抜粋を送付いたします。なお、現象については、レセ電でのみ発生しています。BNPやALb定量精密をした場合に、前回実施のコメントを追記していますが、レセ伝では、別の位置に出ています。なお、本現象は、外来迅速検体検査加算を設定した時に発生しているようです。</p> <p>(補足) 外来迅速検体検査加算の入力がある場合にコメントを検査と同一剤で入力してもレセ電に記録しますとコメントコードに識別区分60が記録され検査とは別剤として記録されます。</p> | 外来迅速検体検査加算の対象となる検査にコメントを入力していた場合、検査と別剤として記録していましたので修正しました。 | H18.6.19 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|---|---|----------|
| 10 | | レセプト電算データ作成時にシステム管理の医療機関情報を請求年月日に有効な情報を取得していましたが、医療機関情報を期間を区切って登録されていた場合に誤った医療機関情報で記録を行うことになるので、診療年月の1日に有効な情報を取得するように修正しました。 | | H18.6.30 |
| 11 | ncp 20060630-005 | 6月請求、国保 低所得 2の90日以降の患者さんで一食分食事をとらなかつたので160円×90回となると思いますがデータでは 197001010,3,480,29 ・ ・ ・ 197000910,2,420,1 となっていました。回数はあってると思うのですが、2回分の食事負担額が90日未満の210円になっているのではないですか？ | 低所得者 2の長期入院該当患者について食事を欠食入力した場合、レセプト記録内容に誤りがありましたので修正しました。 | H18.6.30 |
| 12 | | 船員保険の職務上・下船 3ヶ月以内 通勤災害、及び共済組合保険の下船 3ヶ月以内について入院患者の食事負担は発生しませんが、レセプト電算データに不要な食事負担のレコードが記録される不具合があつたので修正しました。 | | H18.7.7 |
| 13 | support 20060628-003 | >(4) KO,2110????,xxxxxx,,2,3491,..... このようなケースでのレセプト(印刷およびプレビュー)への一部負担金額の記載は3月以前と4月以降では仕様が変わったのでしょうか？ 3月以前 記載なし 4月以降 常に "0" を記載 のように見えるのですが確認をお願いいたします。 生活保護単独の場合、"0" が記載されてしまうクレームが上がってきたのでそのための確認です。 | 生保単独の場合、一部負担金欄記載について、"0"記載を止めて空白とるように修正しました。 | H18.7.7 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|----------------------------|--|---|----------|
| 14 | support 20060706-001 | 公費 結予 35条単独で入院をすると標準負担額は表示しないで良いと思うのですが、ORCAだと標準負担額が入ってしまいます。医療機関様から表示しないでほしいというご要望がありました。 | 結予 35条単独の入院レセプト食事標準負担金額欄の記載について空白とするように修正しました。 | H18.7.7 |
| 15 | support 20060710-014 | 160177770 外来迅速検体検査加算 160004810 Alb定量精密(尿) 008400097 前回実施 年 月 日 の組合せで登録されている診療行為について、レセ電における記載が 008400097 前回実施 年 月 日 のままで、登録されました。 外来迅速検体検査加算 が無い場合は、 008400097 前回実施 年 月 日 を 810000001 前回実施 年 月 日 に変換して登録されました。 国保連より 008400097 前回実施 年 月 日 が登録されているデータについてエラー報告がありました。 | 外来迅速検体検査加算を算定した検査と同一剤にユーザコメントを入力した場合にレセプト電算のコメントコードへの置換をしていませんでしたので修正しました。 | H18.7.25 |
| 16 | support 20060706-003 | 5月分のレセプト請求の在宅時医学管理料を算定している患者様で27老人でない70歳から74歳までの老人の一部負担金がレセプトには記載されてくるのですが、電子レセのほうには上がってきていませんが、返戻されきました。電子レセのほうに上がってくる様な登録があるのでしょうか？それとも5月は今より一つ前のバージョンだったので今回は大丈夫でしょうか？レセプト提出期限直前のため、至急回答くださる様よろしくお願いします。 | 一部負担金額の項目に記録をすることが確認できましたので修正しました。 | H18.7.25 |
| 17 | お電話でのお問い合わせ 7月14日 - レセ電エラー | 外来迅速検体検査加算のコメントを付加した場合にレセ電に検査が記録されないというお問い合わせがありました。 | 外来迅速検体検査加算と同一剤にコメントを入力した場合に、レセプト電算データには該当する検査実施料を記録していませんでしたのでコメントもまとめて記録するように修正しました。 | H18.7.25 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------------|--|--|----------|
| 18 | お電話でのお問い合わせ 6月30日 - 明細書印字 | <p>外来迅速検体検査加算にコメント付加しますと検査の日付が表示されないというお問い合わせがありました。</p> <p>沖縄県の基金より外来迅速検体検査加算に対しても日付を表示して欲しいというご連絡があったため運用で回避しようとコメント入力したところ検査の日付が表示されなくなつたそうです。こちらは仕様なのでしょうか。</p> | <p>(例)</p> <p>600 160010010 HbA1c 810000001 こめんと 600 160177770 外来迅速検体検査加算</p> <p>と入力した場合にHbA1cの検査実施日が記載されませんでしたので修正しました。</p> | H18.7.25 |
| 19 | kk 04842 | <p>負担者番号 51からはじまる公費で、B型 C型肝炎と橋本病の患者さんは入院上限度額40200円超えても食事療養費は患者負担なので総括表と診療報酬請求書の食事療養費には件数・金額・標準負担額を載せないように、と国保連合会から言われたそうです。なので、領収書には食事負担額に金額を載せて欲しいそうです。</p> <p>私が北海道の保健福祉部に問い合わせたところ</p> <p>1.以前まではB型 C型肝炎と橋本病の患者さんは国の公費 51の中に入っていたが今はそこからはずれて北海道が費用を負担しているということで北海道の地方公費と考えて良いといわれました。</p> <p>2.受給者番号の最初に 9 がつきます。</p> <p>3.入院時食事療養費は全て患者負担のため上限度額の 40200円の中に含まれません。</p> | <p>北海道特定疾患道単独事業食事負担対応(平成 17年 10月診療分以降)</p> <p>051(特定疾患)の公費を持ちかつ受給者番号の頭 2桁が "91"~"95"の場合、食事療養費は公費の給付対象としないように修正しました。</p> <p>"患者食事負担あり(上限額に食事負担は含めない)"</p> | H18.7.25 |
| 20 | ncp 20060731-016 | <p>運動器リハの発症日の入力の際、病名をコメントコードにて作成しようとする医院さんがあります。</p> <p>その際のコメントコードですが「0082」で作成したコメントだけ、開始日コードと同じ割に入力してもレセプト記載されません。</p> <p>他、「0083」「0084」のコメントはきちんとレセプトに記載されます。「0082」以外で作成するよう、説明するつもりですが、これはなぜこうゆう仕様になつているのがご教授ください。</p> | <p>リハ発症日入力の際、疾患名等のコメントを0082で始まるコードで入力した場合、レセプト記載をしていませんでしたので修正しました。</p> | H18.8.25 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|---|---|----------|
| 21 | support 20060803-019 | <p>6月29日に自賠責で入院した患者のデータで、7月1日から労災扱いに変更した患者で、入院基本料が正しく印刷されていないのではないかとう指摘を受けました。</p> <p>7月1日～12日までの入院基本料が *一般病棟 15対 1入院基本料 労災(2週間超)(1.01倍) 一般病棟入院期間加算(14日以内)</p> <p style="text-align: right;">1392 × 12</p> <p>とレセプトに印刷されますが、正しいのは2週間以内で1.3倍になるべきではないかとのことです。</p> <p>6月29日と30日の診療行為を自賠責の保険組み合わせで登録していくので、その2日間を労災の保険組み合わせに変更したところ、1.3倍になりました。保険組み合わせを無視して入院日のみによって日数の計算をする仕様なのか、それとも不具合なのか教えてください。</p> | 保険組合せのチェックに不具合があり、診療年月に該当の保険組合せで入院していた期間が存在しない場合、入院の通算日数が正しく計算できませんでしたので修正しました。 | H18.8.25 |
| 22 | ncp 20060731-010 | <p>入院で主保老人と公費(51)の併用においてですが、入院期間のある特定日の内服薬だけ公費適用にした場合、レセプト実日数の「」欄の日数が特定の内服薬を処方した日数が表示されなければならず、食事療養費は公費適用ではないため、療養の給付欄の「」の「請求円」、「標準負担金額」欄は「0」円を表示してくださいと連合会より注意をうけたと言われました。</p> <p>現状では実日数の「」欄は0日と表示され、食事療養欄は何も表示されません。</p> <p>設定等あるのでしょうか？</p> | 入院期間中、公費適用となる入力が診療行為のみの場合、入院レセプトの公費食事療養欄を"空白"としていましたが"0"記載するように修正しました。 | H18.8.25 |
| 23 | ncp 20060804-016 | <p>保険はなく生活保護(012)と結核予防34条(010)を併用する入院患者のレセプトで90入院の欄の入院基本料の日数が実際の入院日数は31日なのに62日と記載されてしまう。という現象がありました。(正しく記載されるレセプトもありました。)</p> <p>入院会計照会で次月も登録してしまった時に倍の日数を記載されてしまうのですが。</p> <p>入力の誤りなのでしょうか？</p> | 入院会計の保険組合せが、例えば、結核34+生保のように、主保険がなく公費が2つ以上となる場合、入院レセプトの90入院欄の入院料の日数が正しく記載されていませんでしたので修正しました。 | H18.8.25 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------------------------|--|---|----------|
| 24 | お電話でのお問合せ 8/21 船員 レセ電算 病名 | 月内で船員と下船がある際に、病名をそれぞれ保険指定して入力しましたが、紙レセでは通常どおり記載されるのに対し、電算では全く同じデータが記録されますとのお問合せがありました。 こちらでもV2.9.0で検証しましたところ、同様の結果を生じました。 | 船員保険で保険者番号と適用開始日が同じで補助区分が違う場合に、保険限定されても全ての病名を記録していましたので修正しました。 | H18.8.25 |
| 25 | ncp 20060828-006 | 特定疾患を持つ入院患者で同日に以下のような診療行為を入力した場合、電子申請の診療行為レコードの作成に不具合があり返戻となってしまった。 レセプトの記載は問題なし 老人一割 特定疾患の保険公費で点滴注射を実施 .330 点滴注射 643310293 2 ソルデム 3 500ml 2袋 643310347 1 ラクテック注 500ml 1袋 老人一割の保険で点滴注射(手技量なし)を実施 .331 点滴注射(手技量なし) 643310508 2 生食溶解液キット 100ml 2Kit 646130367 2*1 プロアクト静注液 1g 2瓶 電子請求を行なっているため、緊急の修正をお願いします。 | 同一日に複数の保険組合せで点滴の入力があった場合、点滴のデータが正しく編集されない不具合がありましたので修正しました。 | H18.9.5 |
| 26 | お電話でのお問い合わせ 8月 30日 - レセ電 公費負担金額 | 精神通院で患者の負担金が0円の場合にレセ電の公費レコードの負担金額に一部負担金0円の記録がされないとお問い合わせがありました。国保連合会より0円でよいかと確認のお電話があったとのことです。紙レセの場合には0円と記載されますが、レセ電の場合には記録の必要はないのでしょうか。 | 電子レセプトの作成手引き(平成18年7月)により記載方法が変更されていることを確認しました。紙レセプトと同様に記載するための記録をするように修正しました。 | H18.9.5 |
| 27 | ncp 20060905-009 | 明細書一括作成を行い、印刷指示画面にて印刷指示を行うときに、指定印刷で国保(患者番号順)のみ指定し印刷を行いました。国保の処理枚数と印刷の処理枚数(印刷の処理結果画面)が違ったので確認すると、特別療養費のレセプトも印刷されていました。特別療養費は指定しなかったのですが、なぜでしょうか? | 印刷順指定が03または04のとき、国保のレセプトの抽出時に特別療養費のレセプトを除く条件が漏れていましたので修正しました。 | H18.9.22 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|--------------------------------------|--|--|----------|
| 28 | お電話でのお問合せ 9/1 レセ摘要欄 検査 フィルム 金額 | 70区分で使用したフィルムは、摘要欄の名称に金額が表示されないのに対し、60区分では金額が印字されますとのお問合せがありました。60区分で金額が印字されてしまう理由をご教示いただきたいとのことでした。 | 画像診断以外でフィルムの入力があった場合、単価を記載していましたが、画像診断と同様に単価を記載しないように修正しました。 | H18.9.22 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|---|--|----------|
| 29 | support 20060906-012 | 一部の診療行為にて、計21回の入力があるにもかかわらず、レセプトには7回で印字されてくる。 | <p>内服薬剤の遅減に関するレセプト摘要欄記載について、下記のような日単位で比較した場合に内容が同一となる入力があった場合、摘要欄に正しく記載されない不具合がありましたので修正しました。</p> <p>(例)</p> <p>1日</p> <p>.211 ラニラピッド0.05m g 1*3 .211 ハルシオン0.25m g錠 1*7 .211 ミカルデイス錠 4.0m g 1 メレカゾール錠 5m g 3 アーチスト錠 2.5m g 1 アルファアロールカプセル 0.5ug 1 ワーファリン錠 1m g 2*7 .211 プロテカジン錠 5 5m g 1*7</p> <p>2日</p> <p>.211 ラニラピッド0.05m g 1*3 .211 ハルシオン0.25m g錠 1*7 .211 ミカルデイス錠 4.0m g 1 メレカゾール錠 5m g 3 アルファアロールカプセル 0.5ug 1 ワーファリン錠 1m g 2*7 .211 プロテカジン錠 5 5m g 1 アーチスト錠 2.5m g 1*7</p> | H18.9.22 |

4.2 明細書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------|--|--|----------|
| 30 | ncp 20060920-011 | <p>病名登録画面でコメントを入力する際、コメントの一番後ろにカーソルがある状態で登録ボタンを押すと上段にコメントが表示されますが、コメント入力終了時 Enterボタンを押してカーソルが次の行にある状態で登録すると上段にコメントが表示された際に、コメントの後ろにスペースを表示する点線の四角が表示されます。(Enterが2回だと四角は2つになります)この場合レセ電算でフロッピーに情報を入れた際エラーになる可能性はあるでしょうか?</p> <p>レセ電算で確認試験をした医院様でコメントの入力があるにもかかわらず「コメント文(入力データ)の記録がない」というエラーの報告があつたと いうことで支払い基金で調べてもらったところ、必要であるコメントの入力 はあるがその下にコメントレコードの指示があるのにコメントは入力され ていなかつた事が原因と言う回答を頂きました。弊社でも検証はしました がこのスペースによるエラーなかどうかの判断がつきませんでしたの で質問させて頂きました。入力は病名登録のコメント欄で99レセプト摘要欄コメントで入力しています。</p> | レセプトコメントに空白のみのコメントがある場合、レセプト電算データに記録しないよう修正しました。 | H18.10.4 |

44 総括表・公費請求書

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------|---|--|----------|
| 1 | ncp 20060612-006 | レセ電をされている医療機関さまより症状詳記を印刷すると返戻の分も 今月の分として印刷されますけどこの様な仕様なのでしょうか? | 月遅れ分の場合に症状詳記の診療年月にパラメタの診療 年月をセットしていましたので修正しました。 | H18.6.19 |

5.2 月次統計

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------|--|---|----------|
| 1 | ncp 20060606-016 | <p>症状</p> <p>平成18年4月分の入力で、透析患者に対してエポジンを使用したため「9999 包括分入力」を選び「401 処置薬剤」としてエポジンを入力。全患者入力後、CSVデータにてエポジンを基準に並べ替えをしたところ、全患者分のエポジンデータが1人の患者名にて表示されていた。</p> <p>検証</p> <p>平成18年3月分までは、CSVデータもエポジン使用患者ごとに表示されていた。</p> <p>テストとして「患者A」で同様に2日分エポジンを入力したところCSVでは正常に表示された。</p> <p>同様に「患者B」を同月に2日分入力したところCSVでは「患者A」の名前が2行分表示され、エポジンは各日にちで1ずつフラグが立っていた。</p> <p>他医療機関(ORCA使用)に確認をして、エポジンを「401 処置薬剤」ではなく「321 静脈注射(手技料なし)」にて同様に入力。</p> <p>やはり「患者A」の名前しか表示されず、2名分のエポジンのフラグが立っていた。</p> <p>結果</p> <p>その月で最初に入力をした患者の名前で全てのエポジンのフラグが表示される。薬剤を誰に使用したのかの統計を取りたい場合に非常に困難であるため、早めに対処をお願いしたいです。</p> | 統計データ作成時に包括分についても他のデータと同じように保険組合セマスターから基本情報を設定していたため、患者情報が全て同一になっていましたので修正しました。 | H18.6.19 |

107 薬剤情報マスター

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|--|------|-----------|
| 1 | | 薬剤名欄を編集して空白として登録した場合、再度呼び出した時に点数マスターの名称が表示されるはずが空白のままでしたので修正しました。また、点数マスターの名称と同一の場合でも薬剤情報テーブルの薬剤名に登録していましたので同一の場合はテーブル内の名称をクリアするようにしました。 | | H18.10.12 |

帳票

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|---------------------------------|--|--|----------|
| 1 | ncp 20060630-016 | <p>【診療行為】画面より、【前回処方】ボタン、【前回処方・再印刷指示】画面の【前回処方】ボタンから日数空白分の処方せんをだすと、.980で入力したコメント(処方せん備考)が印刷されません。</p> <p>【選択印刷】で、選択し、【前回処方】ボタンでだすと、日数は空白で、コメントも備考欄に印刷されますが、全て同じ内容でよいので、選択するのは手間です。日数空白で備考欄のコメントができるようにするには、選択するしかないのでしょうか？</p> | <p>前回処方せん印刷で、「.980 コメント(処方せん)」で入力した内容が備考欄に記載されないことがありましたので修正しました。</p> <p>回数チェックを選択した受診年月日ではなく、診療年月日(交付日)の条件でコメントを抽出していました。</p> <p>処方せんプログラムをカスタマイズされている場合は、ホームページのカスタマイズ情報を参照してください。</p> | H18.7.4 |
| 2 | support 20060828-018 | 月次統計資料として会計カード(有床版)を病棟ごとに出力する際に、病棟番号を指定しても、すべての患者様の分が出力されます。並び順にて病棟ごとに分けて出でてはきますが、必要な病棟のみの出力ができないようです。 | 入力パラメタの病棟指定が正しく判定されていませんでしたので修正しました。 | H18.9.5 |
| 3 | お電話でのお問合せ 9/13 カルテ 3号紙 自費 | <p>自費保険で保険外コードのみを入力した場合、保険外項目に金額が印字されないのは仕様でしょうかとのお問合せがありました。</p> <p>自費保険でも、保険内コード+保険外コードが入力されている場合は印字されます。</p> | 外来のカルテ3号紙で、自費コード(.950,.960)のみの日について集計対象となっていましたので、保険外金額に集計するように修正しました。 | H18.9.22 |
| 4 | | <p>薬剤情報提供書について</p> <p>服用時点をすべて用法コードで指定した場合の条件に誤りがあったので修正しました。</p> <p>これは用量割合方法コードを使用している場合、指定した服用数量の合計が1日の服用数量と同じだった時服用時点に数量をセットしていました。</p> | | H18.9.22 |

帳票

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|-------------------------|---|--|----------|
| 5 | support 20060925-007 | Ver2.9.1のパッチ第11回にて、 外来のカルテ3号紙で、自費コード(.950,.960)のみの日について 集計対象となっていましたので、保険外金額に集計するように修 正しました。」となっておりましたので、確認しましたところ、「950」の区分 +自費コードのみで登録した場合に、保険外金額には記載されるよう なっていましたが、その他の診療内容について入力が無いにも関わら ず、前回診療分と同じ内容を掲載してしまう状態となっていました。 | カルテ3号紙で印刷様式が割毎に表示するように設定され ている時、保険外金額のみの日に前の行の明細点数が表 示されていたので修正しました。 | H18.9.28 |

その他

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|--|---|----------|
| 1 | | 後発医薬品のある先発医薬品であるかをチェックするため、今後医薬品マスターを変更した際に不具合が生じないための修正を行いました。 | 処方せん作成と診療行為のプログラムを修正しました。 処方せんについては、ユーザカスタマイズプログラムの対応のため別途お知らせをします。 | H18.6.19 |
| 2 | | 平成18年8月からの老人保健医療改正対応を行いました。 | 詳しくは改正対応資料をご参照ください。 | H18.8.1 |
| 3 | | <p>平成18年8月からの老人保健医療改正対応(レセプト)を行いました。</p> <hr/> <p>経過措置に該当する場合は特記事項欄に「15経過」と記載します。</p> <p>1.平成18年8月改正により新たに一定以上所得者と判定された高齢者、かつ、自己負担限度額を"一般"に据え置く経過措置対象者の場合 (健康保険、船員保険、国家公務員共済及び地方公務員等共済の前期高齢者は平成18年9月から適用) (公費入力された"978"(一般経過措置)の適用期間を経過措置期間とみなす。)</p> <p>2.在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合(外来に限る)</p> <p>3.患者負担が自己負担上限額(外来12000円・入院40200)に達した場合、または、公費負担医療に係る給付対象上限額(外来12000円・入院40200)に達した場合</p> <p>上記1~3の全てに該当する場合はシステムによりレセプト特記事項欄に"15経過"と記載します。 (レセプト電算データの場合は"15"を記録します。)</p> | <p>マスター更新を行ってください。 (点数マスターに099990115 特記事項15 経過が追加されます。)</p> <p>留意事項</p> <p>1.高齢者2割で地方公費のみの併用の場合、レセプト保険欄の一部負担金額については、公費負担医療に係る給付対象上限額を外来40200円・入院72300+@円として記載しています。今回の改正に伴い、平成18年8月診療分以後、左記経過措置対象者については、外来12000円・入院40200を上限として記載します。</p> <p>2.月途中に保険の異動があった場合、異動後のレセプトにおいては、異動前の一部負担金も考慮するため、一部負担金が対象金額に達していない場合でも、"15経過"が記載される場合があります。</p> <p>3.長期併用の場合は、上限額が10000円に達した場合、"15経過"を記載します。</p> <p>4.特記事項"15経過"については、システムにより自動で記載しますが、診療行為入力で'099990115"(特記事項15経過)を入力した場合についても記載します。</p> | H18.8.25 |

その他

| 番号 | 管理番号 | 問い合わせ(不具合)及び改善内容 | 対応内容 | 備考 |
|----|------|------------------|--------------------------|----------|
| 4 | | 平成18年10月改定対応。 | 平成18年10月改定対応資料を参照してください。 | H18.9.22 |